

Nota bene : Document à remplir par un médecin **n'exerçant pas au CPN**.
Il doit impérativement être imprimé sur un papier à entête
du médecin ou de son établissement (avec son numéro de RPPS)

CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
PAR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT (SDRE)

Je soussigné, Docteur.e :

Certifie que :

Nom, Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

L'examen somatique ne révèle pas d'anomalie expliquant l'état du patient.

[Circonstances à décrire ; constat de symptômes]

.....
.....
.....

Il en résulte que cette personne présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ou compromettent la sûreté des personnes.

Par conséquent, l'état de santé actuel du patient rend impossible son consentement et nécessite une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, conformément à l'article L.3213-1 du code de la santé publique, dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé publique.

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Le patient est informé de la mesure et des raisons qui la motivent.

Délivré le : / / 20... à heures

Docteur.e :

N° RPPS :

Paragraphe optionnel :

J'atteste, par ailleurs, être dans l'impossibilité matérielle de dactylographier le présent certificat